

Սոցիալական ապահովության վարչություն Կարևոր տեղեկատվություն



ՍՈՒՅՆ ՈՒՂԵԿՑՈՂ ՆԱՍԱԿԸ ՄԻԱՅՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍԱՐ Է: ՄԻ' ԼՐԱՑՐԵՔ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ԷԶԵՐԸ: ՍԱ ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐ ՉԵ:

Մեր տեղեկությունները ցույց են տալիս, որ դուք կարող եք իրավասու լինել դեղատոմսով բաց բողնվող ձեր դեղերի վճարման նպատակով հավելյալ օգնություն ստանալու համար:

Շուտով ուժի մեջ է մտնելու «Medicare»-ի դեղատոմսով բաց բողնվող դեղերի նոր ծրագիրը: Նոր ծրագիրը ձեզ կտա վճարման տարբեր տեսակներ առաջարկող դեղատոմսերի պլաններ ընտրելու հնարավորություն:

Դուք կկարողանաք ստանալ հավելյալ օգնություն՝ վճարելու «Medicare»-ի դեղատոմսով բաց բողնվող դեղերի նոր ծրագրին առնչվող հաշվառվող տարեկան ապահովագրավճարները և կողմնակի վճարումները՝ միջին հաշվով 2100 դոլարի չափով լրացնից օգնություն:

Սակայն մինչև մենք կարողանանք օգնել ձեզ, դուք պետք է լրացնեք դիմում-հայտարարագիրը, դնեք այն կից ծրարի մեջ և այսօր իսկ ուղարկեք այն: Կամ էլ սկսած 2005թ. հուլիսի 1-ից դուք կարող եք լրացնել www.socialsecurity.gov կայքում գտնվող էլեկտրոնային դիմում-հայտարարագիրը: Ձեր դիմում-հայտարարագիրը ուսումնասիրելուց հետո մենք ձեզ կհայտնենք, թե, արդյո՞ք, դուք համապատասխանում եք հավելյալ օգնություն ստանալու համար: Մենք նաև կուղարկենք տեղեկատվություն «Medicare»-ի դեղատոմսով բաց բողնվող դեղերի ծրագրի մասին, գրելով, թե ձեր կողմից ինչ պետք է արվի հետագայում:

Եթե դիմում-հայտարարագիրը լրացնելու գործում դուք օգնության կարիք ունենաք, ապա զանգահարե՞ք Սոցիալական Ապահովության Ծառայություն՝ 1-800-772-1213 (լսողությունից գրել անձանց համար՝ 1-800-325-0778) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք լրացնից տեղեկատվություն ստանալ www.socialsecurity.gov կայքից:

«Medicare»-ի դեղատոմսով բաց բողնվող դեղերի մասին տեղեկատվություն ստանալու կարիք ունենանալու դեպքում, զանգահարե՞ք՝ 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) հեռախոսահամարով կամ այցելե՞ք www.medicare.gov կայքը:

Ուղարկելով ձեր դիմում-հայտարարագիրը այսօր դուք մեզ հնարավորություն կտաք որոշելու, թե, արդյո՞ք, դուք համապատասխանում եք հավելյալ օգնություն ստանալու համար:

Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

Ընդհանուր հրահանգներ «Medicare»-ի դեղատոմսերով բաց քողնվող դեղերի պլանային ծախսերի հետ կապված օգնություն ստանալու համար դիմում-հայտարարագիրը լրացնելու վերաբերյալ



Դեղերի հետ կապված ձեր ծախսերը վճարելու համար հավելյալ օգնություն ապահովելու նպատակով

ՀԱՏՈՒԿ ԾԱՆՈՒՅՈՒՄ ՀԱՅԱԼԵԶՈՒ ԴԻՍՈՂՆԵՐԻ ՀԱՍՏԱՐ.

Քանի որ մենք ցանկություն ունենք դիմում-հայտարարագիրը նշակելու հնարավորինս արագ և արդյունավետ, մենք օգտագործում ենք համակարգիչներով ընթեռնելի դիմում-հայտարարագիրեր: Դժբախտաբար, մեր համակարգիչները հայերեն չեն կարդում, ուստի անհրաժեշտ կլինի, որպեսզի ձեր կողմից լրացվի դիմում-հայտարարագիր անգլերեն կամ հապաներեն տարբերակը: Ձեզ օգնելու նպատակով սույն դիմում-հայտարարագիրը թարգմանվել է հայերեն: Այսուամենայնիվ, անհրաժեշտ է, որպեսզի դուք յուրաքանչյուր հարցի պատասխանները մուտքագրեք անգլերեն կամ հապաներեն լրացվող առանձին ձևաթղթում: Խնդրվում է հիշել լրացված այդ ձևաթղթում դնել ձեր ստորագրությունը:

ՍՈՒՅՆ ՀՐԱՀԱՆԳԱՎՈՐՄԱՆ ԹԵՐԹԻԿԸ ԴԻՍՈՒ-ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐ ՉԵ:

Արդյո՞ք դուք (կամ այն անձը, որին դուք օգնում եք դիմելու հարցում) ունեք «Medicare» և Լրացուցիչ սոցիալական եկանութ («SSI») կամ «Medicaid» կամ, արդյո՞ք, ձեր նահանգի կողմից վճարվում են ձեր «Medicare»-ի ապահովագրավճարներ:

Եթե ձեր պատասխանը «ԱՅՈ» է, ապա մի՛ լրացրեք սույն դիմում-հայտարարագիրը, քանի որ դուք ինքնարերաբար կստանաք հավելյալ օգնությունը: Եթե պատասխանը «ՈՉ» կամ «ՀԱՄՈՋՎԱԾ ՉԵՍ» է, ապա խնդրվում է լրացնել սույն դիմում-հայտարարագիրը: Խնդրվում է՝ սույն դիմում-հայտարարագիրը լրացնելուց առաջ, կարդալ հետևյալ հրահանգները և կանոնները: Լրացրե՞ք բոլոր հարցերը՝ եթե այլ բան նշված չէ:

Խնդրե՞ս լրացնել սույն դիմում-հայտարարագիրը

- Օգտագործե՞ք ՍԵՎ ԹԵՎՆԱԶ կամ 2-րդ համարի մատին.
- Տեղավորե՞ք ձեր համարները, տառերը և «X» նշանները վանդակների ներսում.
- Դրամային գումարներ մուտքագրելիս, դուք պետք է նշաններ մի՛ օգտագործեք:
- Դուք պետք է նշանը նախօրոք տպված է. և
- Ցենտերը կարող են կլրացվել մինչև մոտակա դուք:

★ ՆՄՈՒԾ :

Դրե՞ք «X» վանդակում: Այ՞ ԼՐԱՑՐԵԶ կամ նշում արեք վանդակներում:



ՃԻԾ



ՈՉ ՃԻԾ

Եթե դուք օգնում եք այն անձի սույն դիմում-հայտարարագիրի հարցում

Պատասխանե՞ք հարցերին, իբր այդ անձն է լրացնում դիմում-հայտարարագիրը: Դուք պետք է իմանաք այդ անձի Սոցիալական ապահովության համարը և ֆինանսական տեղեկատվությունը: Լրացրե՞ք նաև Բաժին Բ-6 6-րդ էջի վրա:

Ձեր դիմում-հայտարարագիրի լրացնելը

Դուք կարող եք լրացնել էլեկտրոնային դիմում-հայտարարագիրը www.socialsecurity.gov կայքում կամ, օգտագործելով հասցե և նամականիշ պարունակող կից ծրարը, վերադարձնել ձեր ստորագրված դիմում-հայտարարագիրը ստորև հասցեով:

Social Security Administration

Wilkes-Barre Data Operations Center

P.O. Box 1020

Wilkes-Barre, PA 18767-9910

Վերադարձնե՞ք ամբողջ փաթեթը կից ծրարի մեջ: Այ՞ կցեք որևէ հավելվածներ: Եթե մենք լրացուցիչ տեղեկատվության կարիք ունենանք, ինչպես օրինակ, քաղվածքներ ֆինանսական հաստատություններից, ապա մենք կլիմենք ձեզ:

Եթե սույն դիմում-հայտարարագիրը լրացնելուց հարցեր կունենաք կամ օգնության կարիք կլինի

Դուք կարող եք անվճար զանգահարել մեզ 1-800-772-1213 հեռախոսահամարով, կամ՝ եթե խոլ կամ լսողության դժվարություն ունեք, ապա կարող եք զանգահարել մեր TTY հեռախոսահամարով՝ 1-800-325-0778:



ՉԼՐԱՑՆԵԼ: ՍԱ ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐ ՉԵ:

**Դիմում-հայտարարագիր «Medicare»-ի դեղատոմսով բաց
քողնվող դեղերի պլանային ծախսերի հետ կապված օգնություն
ստանալու համար**

**ՍՐԱՆՈՎ ԴՈՒՔ ՉԵՔ ԸՆԴԳՐԱԿՎՈՒՄ
«MEDICARE»-Ի ԴԵՂԱՏՈՍՈՍՈՎ ԲԱՑ ԹՈՂՆՎՈՂ ԴԵՂԵՐԻ ԾՐԱԳՐՈՒՄ:**

1. Դիմումի անունը, ազգանունը
(յուրաքանչյուր տառը տպե՞ք առանձին վանդակում)



ԱՆՈՒՆ

2-րդ Ա.

★ ՆՍԼՈՇ:

Պատասխանները
մուտքագրելիս **A | B | C | D**
օգտագործե՞ք մեծատարեք:



ԱԶԳԱՆՈՒՆ



ԱԾԱՆՑ (Կրտ., Ավ. և այլն)

Դիմումի սոցիալական ապահովության համարը



★ ՍՈՅԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ



2. Եթե դուք ամուրի եք, ամուսնալուծված եք, այրի եք կամ ձեր ամուսինը (կինը) ձեզ հետ չի ապրում, ապա բաց քողե՞ք այս հարցը:

3. Եթե դուք ամուսնացած եք և ապրում եք ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ, ապա դրե՞ք նշանը ստորև վանդակներից մեկում, նշելով, թե ո՞վ է դիմում:

Սիայն դուք եք դիմում:

Դուք և ձեր ամուսինը (կինը) ունեք «Medicare» և դիմում եք սույն դիմում-հայտարարագրով:

Եթե նույնիսկ ձեր ամուսինը (կինը) չի դիմում՝ եթե դուք ապրում եք միասին, ապա մեզ անհրաժեշտ է, որպեսզի պատասխանվեն քողը հարցերը և ձեր երկուսի ստորագրությունները:

Ամուսնու (կնոջ) անունը, ազգանունը (եթե դուք ամուսնացած եք և ապրում եք միասին)



ԱՆՈՒՆ

2-րդ Ա.



ԱԶԳԱՆՈՒՆ



ԱԾԱՆՑ (Կրտ., Ավ. և այլն)

Ամուսնու (կնոջ) սոցիալական ապահովության համարը



3. Եթե դուք ամուրի եք, այրի եք կամ ձեր ամուսինը (կինը) ձեզ հետ չի ապրում արդյո՞ք ձեր ներդրումների և անշարժ գույքի (բացառությամբ ձեր տնից) արժեքը կազմում է 11.500 դրամից ավելի: Եթե դուք ամուսնացած եք և ապրում եք միասին՝ արդյո՞ք դրանց արժեքը կազմում է 23.000 դրամից ավելի (2006թ-ից հետո այս սահմանները ավելի բարձր կլինեն): Ընդորկե՞ք այս իրերը, որոնց սեփականատերը հանդիսանում եք դուք միանձնյա, ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ կամ որևէ այլ անձի հետ: **Մի ընդորկե՞ք ձեր տունը, ավտոմեքենաները, հողարածինը գերեզմանոցում կամ անձնական սեփականությունը:**

ԱՅՆ

ՈՉ

ՀԱՄՈՁՎԱԾ ՉԵՄ

Եթե դնեք նշան «ԱՅՆ» վանդակում, ապա դուք իրավասու չեք հավելյալ օգնություն ստանալու համար և կարիք չունեք լրացնելու դիմում-հայտարարագրի մնացած մասը: Դուք դեռևս կարող եք իրավասու լինել ձեր նահանգի «Medicaid»-ի գործակալության միջոցով: Այսուամենայնիվ, եթե ձեզ անհրաժեշտ է որոշում, դրե՞ք նշան «ՀԱՄՈՁՎԱԾ ՉԵՄ» վանդակում: Եթե դնեք նշան «ՈՉ» կամ «ՀԱՄՈՁՎԱԾ ՉԵՄ» վանդակում՝ ապա լրացրե՞ք դիմում-հայտարարագրի մնացած մասը:



ՉԼՐԱՑՆԵԼ: ՍԱ ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏԱՐԱՎԻՐ ՉԵ:

4. Խնդրվում է ստորև վանդակներում մուտքագրել բանկային հաշիվների կամ կանխիկ դրամի դրամական գումարները, որոնք պատկանում են ձեզ, ձեր ամուսնուն (կնոջը) (եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) կամ ձեզ երկուսիդ: Նշե՞ք այն իրերը, որոնք պատկանում են ձեզանից որևէ մեկին այլ անձի հետ միասին: (Նշե՞ք միայն դոլարային թվերը, այլ ոչ թե բանկային հաշիվները): Եթե ձեզ կամ ձեր ամուսնուն (կնոջը) (եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) չի պատկանում նշված իրը՝ լինի առանձին, համատեղ կամ այլ անձի հետ, ապա դրե՞ք նշանը «ՉԿԱ» վանդակում:

• Բանկային հաշիվներ (չեկային, խնայողական և ավանդային վկայագրեր)	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$
• Բաժնետոմսեր, պարտատոմսեր, խնայողական պարտատոմսեր, փոխադարձ ֆոնդեր, Անհատական կենսաթոշակային հաշիվներ կամ համանման այլ ներդրումներ	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$
• Տանը կամ այլ վայրում պահվող ցանկացած այլ կանխիկ դրամ	<input type="checkbox"/> ՉԿԱ	\$

5. Արդյո՞ք դուք (կամ ձեր ամուսինը (կինը), եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) ունեք կյանքի ապահովագրեր 1.500 դոլար կամ ավել ընդհանուր անվանական արժեքով: Պատասխանե՞ք ձեր և ամուսնու (կնոջ) անունից, եթե ձեր ամուսինը (կինը) ապրում է ձեզ հետ: Եթե դուք պատասխանում եք «ՈՉ» և՝ ձեր և՝ ձեր ամուսնու (կնոջ) անունից, ապա անցե՞ք հարց 6-ին:

<input type="checkbox"/> ԴՈՒՔ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ
<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	

ԱՄՈՒՍԻՆ (ԿԻՆ) (Եթե ապրում եք միասին)՝ Այս ձեր կամ ձեր ամուսնու (կնոջ) անունից պատասխանը «ԱՅՈ» է, ապա որքա՞ն գումար կստանաք, եթե այս պահին դիմելու լինեք ձեր ապահովագրի համար: (Սա ձեր ապահովագրի անվանական արժեքը չէ: Ձեզ կարող է պահանջվի զանգահարել ձեր ապահովագրական ընկերությանը այս հարցին պատասխանելու գործում նրանցից օգնություն ստանալու համար): Մուտքագրե՞ք գումարը:

\$

6. Արդյո՞ք դուք ակնկալում եք հարցեր 4-ում և 5-ում նշված աղբյուրներից որևէ մեկի գումարները օգտագործելու ձեր (կամ ձեր ամուսնու (կնոջ), եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) թաղման կամ հույսարկավորման ծախսերը հոգալու համար:

<input type="checkbox"/> ԴՈՒՔ	<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ
<input type="checkbox"/> ԱՅՈ	<input type="checkbox"/> ՈՉ	

ԱՄՈՒՍԻՆ (ԿԻՆ) (Եթե ապրում եք միասին)՝

7. Արդյո՞ք դուք (կամ ձեր ամուսինը (կինը), եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) տիրապետում եք որևէ այլ անշարժ գույքի, բացի ձեր տնից և դրանով գրաղեցրած ունեցվածքից

ԱՅՈ ՈՉ



ՉԼՐԱՑՆԵԼ: ՍԱ ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏԱՐԱՎԻՐ ՉԵ:

8. Զեր կյանքի հանգամանքները կարող են ազդել օգնության ծավալի վրա, որը դուք կարող եք ստանալ: Ուստի, մեզ անհրաժեշտ է իմանալ, թե ձեզ (կամ ձեր ամուսնու (կամ կնոջ), եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) հետ ապրող որքա՞ն ազգականներ կախված են ձեզանից կամ ձեր ամուսնուց (կամ կնոջից)՝ իրենց ֆինանսական աջակցության առնվազն կեսի ապահովման հարցում: Ազգականների մեջ կարող է մտնել արյան, ամուսնության կամ որդեգրման միջոցով ձեզ առնչվող ցանկացած անձ:

Ձեզ և ձեր ամուսնու (կամ կնոջ) հետ ապրող որքա՞ն ազգականներ կախված են ձեզանից կամ ձեր ամուսնուց (կամ կնոջից)՝ իրենց ֆինանսական աջակցության առնվազն կեսի ապահովման հարցում: Այս բվի մեջ մի՛ ընդգրկեք ձեզ կամ ձեր ամուսնուն: (Դրե՛ք նշանը միայն մեկ վանդակում):



9. Եթե դուք (կամ ձեր ամուսինը (կամ կինը), եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) ստանում եք եկամուտ ստորև նշված աղբյուրներից դուրս, ապա մուտքագրե՛ք ընդհանուր ամսական եկամուտը: Եթե գումարը փոփոխվում է ամսից ամիս, ապա համապատասխան վանդակներում մուտքագրե՛ք միջին ամսական եկամուտը անցյալ տարվա համար՝ յուրաքանչյուր տեսակի կտրվածքով: Այստեղ մի՛ նշեք աշխատավարձերը և ինքաշխատությունը, տոկոսադրույթից առաջացած եկամուտը, պետական օգնությունը, բժշկական փոխհատուցումները կամ որդեգրվածների երեխանների խնամքի վճարները: Եթե դուք կամ ձեր ամուսինը (կամ կինը) եկամուտ չեք ստանում ստորև նշված աղբյուրների որևէ մեկից, ապա դրե՛ք նշանը «ՉԿԱ» վանդակում:

• Սոցիալական ապահովություն	Գումարը կօգտագործվի մեր հաշվառման մեջ:		
• Երկարգծի բնագավառի կենսաթոշակ		ՉԿԱ	\$, .
• Վետերաններ		ՉԿԱ	\$, .
• Այլ կենսաթոշակներ և տարեկան հասույթ (Մի նշե՛ք այն գումարները, որոնք դուք ստանում եք հարց 4-ում նշված որևէ կետով):		ՉԿԱ	\$, .
• Վերը նշված որևէ եկամուտ, ներառյալ ալիմնենտներ, վարձակալության գումաւագան և եկամուտ, աշխատողների փոխհատուցման վճարում (նշե՛ք)		ՉԿԱ	\$, .

10. Արդյո՞ք հարց 9-ում նշված գումարներից որևէ մասը նվազել է վերջին երկու տարվա ընթացքում:



11. Արդյո՞ք որևէ մեկը օգնում է ձեզ (կամ ձեր ամուսնուն (կամ կնոջը), եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) վճարելու տնօւնության հետ կապված հետևյալ ծախսերը՝ սնունդ, գրավ, վարձավճար, ջեռուցման վառելիք կամ զազ, էլեկտրականություն, ջուր և գույքահարկեր: (Մի նշե՛ք պարենային կարողները, տան վերանորոգումները, օգնություն բնակարանային գործակալությունից, էներգետիկ օգնության ծրագիրը, հաշմանդամներին տաք սննդի առարումը կամ բուժման և դեղերի հետ կապված օգնությունը):



Եթե դնուն եք նշան «ԱՅՆ» վանդակում, ապա մուտքագրե՛ք ամսական գումարը, կամ եթե գումարը փոփոխվում է ամսից ամիս, ապա մուտքագրե՛ք միջին ամսական գումարը վերջին տարվա համար:





ՉԼՐԱՑՆԵԼ: ՍԱ ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏԱՐԱՎԻՐ ՉԷ:

- Եթե դուք ամուրի, ամուսնալուծված, կամ ձեր ամուսինը (կինը) ձեզ հետ չի ապրում կամ այրի եք և չեք աշխատել վերջին երկու տարվա ընթացքում, ապա բաց բողե՞ք հարցեր 12-ից 16-ը և անցե՞ք էջ 6-ի վրա:
- Եթե դուք ամուսնացած եք և ապրում եք ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ և ձեզանից ոչ ոք չի աշխատել վերջին երկու տարվա ընթացքում, ապա բաց բողե՞ք հարցեր 12-ից 16-ը և անցե՞ք էջ 6-ի վրա:

12. Աշխատավարձի տեսքով որքա՞ն եք ակնկալում ստանալ այս տարի՝ նախքան հարկերի վճարումը:

ԴՈՒՔ՝ ՈՉԻՆՉ \$ ■■■ , ■■■ . ■■■

ԱՄՈՒՄԻՆ (ԿԻՆ) (Եթե ապրում եք միասին) ՈՉԻՆՉ \$ ■■■ , ■■■ . ■■■

13. Եթե ինքնաշխատ եք, ապա որքա՞ն զուտ հասույթ կամ կորուստ եք ակնկալում այս տարի:

ԴՈՒՔ՝ ՈՉԻՆՉ \$ ■■■ , ■■■ . ■■■

ԱՄՈՒՄԻՆ (ԿԻՆ) (Եթե ապրում եք միասին) ՈՉԻՆՉ \$ ■■■ , ■■■ . ■■■

Դրե՞ք նշանը այստեղ, եթե դուք կամ ձեր ամուսինը (կինը) ակնկալում եք զուտ կորուստ

ԴՈՒՔ՝ ԱՄՈՒՄԻՆ (ԿԻՆ) (Եթե ապրում) Եթե միասին)

14. Արդյո՞ք հարցեր 12-ում և 13-ում նշված գումարները նվազել են:

ԱՅՉ ՈՉ

15. Եթե դուք (կամ ձեր ամուսինը (կինը), եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) վերջերս դադարել եք աշխատելուց կամ նախատեսում եք դադարեցնել աշխատելը, ապա մուտքագրե՞ք ամխըլ և տարին:

★ ՆՄՈՒԾ :	
Հոնվար-սեպտեմբեր ամիսների համար դրե՞ք 0 (զերո) առաջին վանդակամ: 2006թ. մայիսը պետք է կարդացվի.	0 5 - 2 0 0 6 ս ս ս ս ս ս

ԴՈՒՔ՝	ԱՅՉ	ՈՉ
ԱՄՈՒՄԻՆ (ԿԻՆ) (Եթե ապրում եք միասին)	2 0 ս ս ս ս 2 0	2 0 ս ս ս ս

- Եթե դուք ամուրի, ամուսնալուծված, ձեր ամուսինը (կինը) ձեզ հետ չի ապրում կամ այրի եք և 65 կամ ավելի տարեկան եք, ապա բաց բողե՞ք հարց 16-ը և անցե՞ք էջ 6-ի վրա:
- Եթե դուք ամուսնացած եք և ապրում եք ձեր ամուսնու (կնոջ) հետ և դուք և ձեր ամուսինը (կինը) 65 կամ ավելի տարեկան եք, ապա բաց բողե՞ք հարց 16-ը և անցե՞ք էջ 6-ի վրա:

16. Արդյո՞ք դուք (կամ ձեր ամուսինը (կամ կինը), եթե ամուսնացած եք և ապրում եք միասին) պետք է վճարեք այն բաների համար, որոնք հնարավորություն են ընձեռնում ձեր աշխատելու համար: Մեր կողմից հաշվի են առնվելու միայն եկամուտի սահմանափակումից առաջացող ձեր հասույթի մի մասը, եթե դուք աշխատում եք և ստանում Սոցիալական ապահովության նպատաներ, ելնելով հաշմանդամությունից կամ կուրությունից, և հոգում եք աշխատանքի հետ կապված ծախսեր, որոնց համար չեք փոխհատուցվում: Նման ծախսերի օրինակներ են. ԶԲԱՀ-ի, քաղցկեղի, ճնշվածության (դեպքեսիայի) կամ էպիլեպսիայի բուժման և դեղերի հետ կապված ծախսերը; հաշմանդամային սայլակ; անհատական խնամողի ծառայություններ; ավտոմեքենայի ձևափոխումներ, վարորդի օգնություն կամ աշխատանքի հետ կապված փոխադրվելու այլ հատուկ կարիքներ; աշխատանքի հետ կապված օժանդակ միջոցներ; շան մաս ածելու հետ կապված ծախսեր; զգայական և տեսողական միջոցներ; բույլերի թարգմանություն:

ԴՈՒՔ՝ ԱՅՉ ՈՉ ԱՄՈՒՄԻՆ (ԿԻՆ) (Եթե ապրում եք միասին):

ԱՅՉ ՈՉ



ՉԼՐԱՑՆԵԼ: ՍԱ ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏԱՐԱՎԻՐ ՉԷ:

Ստորագրություններ

Ես/Մենք գիտակցում եմ/ենք, որ ներկայացնելով սույն դիմում-հայտարարագիրը ես/մենք կեղծ վկայություն տալու պատժի ներքո հայտարարում եմ/ենք, որ ես/մենք ուսումնասիրել եմ/ենք սույն ձևաբղում պարունակվող տեղեկատվությունը և որ այն, ըստ իմ/մեր տեղեկությունների, ճիշտ և ճշգրիտ է: Ես/Մենք գիտակցում եմ/ենք, որ ցանկացած անձ, որը սույն տեղեկատվության մեջ անում է ոչ ճիշտ կամ մոլորեցնող հայտարարություն կապված էական փաստի հետ, կամ ստիպում է այլ անձի դս անելու համար՝ հանցանք է գործում և կարող է բանտարկվել կամ կարող է ենթարկվել այլ պատիժների կամ երկուսը միասին: Ես/Մենք գիտակցում եմ/ենք, որ Սոցիալական ապահովության «SSA») կողմից ստուգվելու են իմ/մեր հայտարարագիրը, համեմատելով իր մոտ եղած տեղեկությունները Դաշնային, Նահանգային և տեղական կառավարությունների գերատեսչություններում պահպան տեղեկությունների հետ, ներառյալ Ներքին պետական եկամուտների ծառայությունը՝ որոշման ճշությունը երաշխավորելու նպատակով: Ներկայացնելով սույն դիմում-հայտարարագիրը ես/մենք լիազորում եմ/ենք «SSA»-ին ստանալու և հրապարակելու տեղեկատվություն կապված իմ/մեր եկամուտի, միջոցների և գույքի հետ՝ արտասահմանյան և տեղական՝ գաղտնիության մասին համապատասխան օրենքների համաձայն: Այդ տեղեկատվությունը կարող է ընդգրկել, բայց չսահմանափակվել, իմ/մեր աշխատավարձերի, հաշիվների մնացորդների, ներդրումների, ապահովագրերի, նպաստների և կենսաթոշակների մասին տեղեկատվություն: Խնդրվում է լրացնել Քաժին Ա-ն: Եթե դուք չեք կարող ստորագրել, ապա ձեր փոխարեն կարող է ստորագրել ներկայացուցիչ: Եթե այլ անձի կողմից ստացել եք օգնություն, ապա լրացրե՛ք նաև Քաժին Բ:

ԲԱԺԻՆ Ա

Ձեր ստորագրությունը:	Ձեր ամուսնու (կնոջ) ստորագրությունը:	Հեռախոսի համարը: () - _____
Ձեր տան փողոցային հասցեն:		բն. թիվ:
Քաղաք:	Նահանգ՝:	Փոստային ինդեքս՝:
Ձեր փողոցային փոստային հասցեն (եթե տարբերվում է տան հասցեից):		բն. թիվ:
Քաղաք:	Նահանգ՝:	Փոստային ինդեքս՝:

Եթե դուք վերջերս փոփոխել եք ձեր հասցեն, ապա դրե՛ք նշան այստեղ՝

Եթե դուք նախընտրում եք, որպեսզի մենք՝ լրացնելու հարցեր ունենանալու դեպքում, դիմենք այլ անձի, ապա խնդրվում է տալ այդ անձի անունը, ազգանունը և ցերեկային հեռախոսի համարը:

Անունը տպատառ՝:	Ազգանունը տպատառ՝:	Հեռախոսի համարը: () - _____
-----------------	--------------------	-----------------------------------

ԲԱԺԻՆ Բ

Եթե օգնում դուք եք այլ անձի, ապա դրե՛ք նշան այն վանդակում, որտեղ նկարագրվում է, թե դուք ո՞վ եք և գրե՛ք ձեր տեղեկային հեռախոսի համարը և հասցեն՝

<input checked="" type="checkbox"/> Ընտանիքի անդամ	<input checked="" type="checkbox"/> Փաստաբան	<input checked="" type="checkbox"/> Այլ՝ Պաշտպան	<input checked="" type="checkbox"/> Այլ (նշել)
<input checked="" type="checkbox"/> Ընկեր	<input checked="" type="checkbox"/> Գործակալություն	<input checked="" type="checkbox"/> Սոցիալական աշխատող	
Անունը տպատառ՝:	Ազգանունը տպատառ՝:	Հեռախոսի համարը: () - _____	

Փողոցային հասցեն՝:	բն. թիվ:
Քաղաք:	Նահանգ:



ՉԼՐԱՑՆԵԼ: ՍԱ ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏԱՐԱՎԻՐ ՉԵ:

Անձնական կյանքին միջամտելու մասին օրենք / Ծանուցում գործավարության կրճատման մասին

Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի Բաժին 1860 D-14-ը լիազորում է սույն ձևաթղթով պահանջվող տեղեկատվության հավաքագրումը: Զեր կողմից տրվող տեղեկատվությունը օգտագործվելու է, որպեսզի Սոցիալական ապահովության վարչության կողմից որոշվի, թե, արդյո՞ք, դուք իրավասու եք ստանալու օգնություն կապված «Medicare»-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի պլանով նախատեսված ծախսերի ձեր մասնաբաժնը: Զեր կողմից մեզ տեղեկատվություն տալը պարտադիր չէ: Այնուամենայնիվ, եթե ձեր կողմից տեղեկատվություն չտրամադրվի, ապա մենք հնարավորություն չենք ունենա ընդունելու ճշգրիտ և ժամանակին արված որոշում ձեր դիմում-հայտարարագրի վերաբերյալ: Սույն ձևաթղթով հավաքագրված տեղեկատվությունը մեր կողմից կարող են տրամադրվել Դաշնային, Նահանգային կամ տեղական կառավարության այլ գերատեսչություններին՝ հավելյալ օգնություն ստանալու հետ կապված ձեր իրավատությունը որոշելու գործում մեզ օգնելու նպատակով, կամ Էլ՝ եթե Դաշնային օրենքով պահանջվում է տեղեկատվություն տալը:

Մենք կարող ենք օգտագործել ձեր կողմից մեզ տրված տեղեկատվությունը տեղեկությունները համակարգիչով համադրելու ժամանակ: Բազում գերատեսչություններ կարող են օգտագործել համադրման ծրագրեր՝ հայտնաբերելու կամ ապացուցելու, որ անձը համապատասխանում է Դաշնային կառավարության կողմից վճարվող նպաստներ ստանալու համար: Այս և այլ պատճառների, թե ինչու մենք կարող ենք օգտագործել կամ հրապարակվել ձեր կողմից մեզ տրամադրված տեղեկատվությունը, բացատրությունները մատչելի են Սոցիալական ապահովության բաժիններում: Եթե ցանկանում եք լրացնիչ տեղեկանալ այս հարցում, դիմե՞ք Սոցիալական ապահովության ցանկացած բաժին:

Հայտարարություն Գործավարության կրճատման օրենքի վերաբերյալ՝ սույն տեղեկատվության հավաքագրումը բավարարում է 44 ԱՄՆ օրենսգրքի § 3507-ը՝ փոփոխված 1995թ. «Գործավարության կրճատման մասին» օրենքի բաժին 2-ով: Ձեզ անհրաժեշտ չէ պատասխանել այս հարցերին առանց մեր կողմից Վարչաբյուջետային վարչության ստուգողական թվի ցուցադրման: Մեր հաշվարկով կապահանջվի 35 րոպե՝ հրահանգները կարդալու, փաստերը հավաքելու և հարցերին պատասխանելու համար: Ժամանակի հաշվարկի վերաբերյալ մեկնությունները կարող եք ուղարկել՝ Սոցիալական ապահովության վարչություն՝ Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401 հասցեով: Ուղարկե՞ք միայն ժամանակի մեր հաշվարկի վերաբերյալ մեկնությունները, այլ ոչ՝ լրացված ձևաթղթերը:

ԼՐԱՑՎԱԾ ԶԵՎԱԹՎԹԵՐԸ ՈՒՂԱՐԿԵ՞Ք ՄԵԶ ՀԱՍՑԵ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՂ ԱՌԴԻՐ
ԾՐԱՐՈՒՄՆԾՎԱԾ ՀԱՍՑԵՈՎ՝

Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910